



Influence des croyances dans les pathologies de l'appareil locomoteur

PD Dr François Luthi, Journée Annuelle SIM, Olten, le 21 mars 2019

suva

 **crr sion**
clinique romande de réadaptation

La simulation existe-t-elle en réadaptation ?

Ou l'histoire du conducteur de trolleybus qui déménageait des télévisions...



Auto-limitations, incohérences... évidemment ! Mais...

Si nous faisons un pas de côté ?

Sortir de notre zone habituelle (de confort ?)



Nantes: éloge du pas de côté

A propos d'un cas

- Patient de 26 ans, origine portugaise, vit en Suisse depuis 2009
- Plusieurs emplois, depuis 3 ans travaille en cuisine
- Été 2014, contusion de l'épaule D avec un couvercle de container, radiographie sans particularité
- IRM... 6 jours après l'accident: *«altération modérée du signal du supra-épineux traduisant un **status post étirement ou contusion sans rupture transfixiante, phénomène de surcharge** de l'articulation acromio-claviculaire»*

Suite de la prise en charge

- Mise en place de techniques essentiellement passives
- **Repos, éviter de forcer, douleur est un mauvais signal: →aggravation**

Le patient: bouge de moins en moins, diminue l'utilisation de son bras qu'il n'intègre plus dans sa vie quotidienne (besoin d'aide pour toilette, habillage..) → «épaule paralytique»

- Examen neurologique: examen normal
- Diagnostic retenu: épaule gelée

Épaule gelée ?



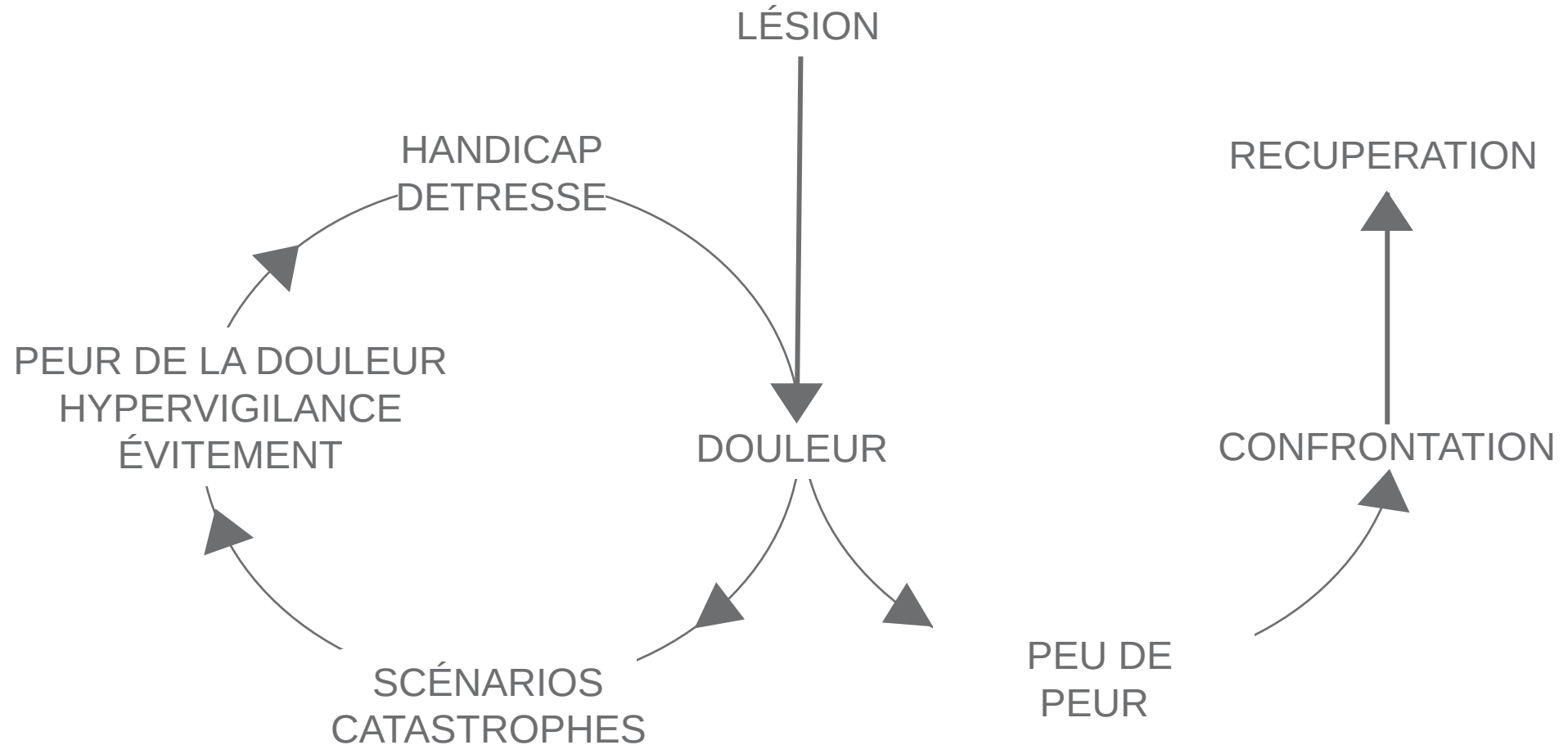
Au bout de quelques temps

- Plainte principale: épaule D bloquée
- Douleur repos: 0/10
- Douleur mobilisation: 8-9/10
- Mobilité active: élévation = 30°/ rotation ext: 25°, mono-manuel G !
- Mobilité passive : élévation 130°/ rotation ext: 50°(//G)
- Exclusion fonctionnelle (20% d'utilisation=, aucun port de charge à D (0 kg)
- Tiens, tiens, tiens...

Qu'en pensez-vous ?



Pas de côté: le modèle Peur-Evitement



Scénarios et croyances

- scénarios: processus qui se déroule selon un plan pré-établi, en médecine on parle de scénarios catastrophes...
 - **Exemple: quand j'ai mal, je ne dois pas faire de faux mouvement, sinon je vais aggraver ma lésion et je ne pourrai plus utiliser mon bras...ou encore, si je chute, je ne pourrai pas me retenir et je vais me blesser**
- croyances: ensemble de théories personnelles, mélange d'éléments rationnels et irrationnels
 - **Exemple: personne ne devrait faire de l'exercice lorsqu'il a mal ou... la douleur signifie qu'il y a toujours une lésion**
- Scénarios et croyances se construisent sur la base d'expériences personnelles, de connaissances, d'idées reçues, de valeurs

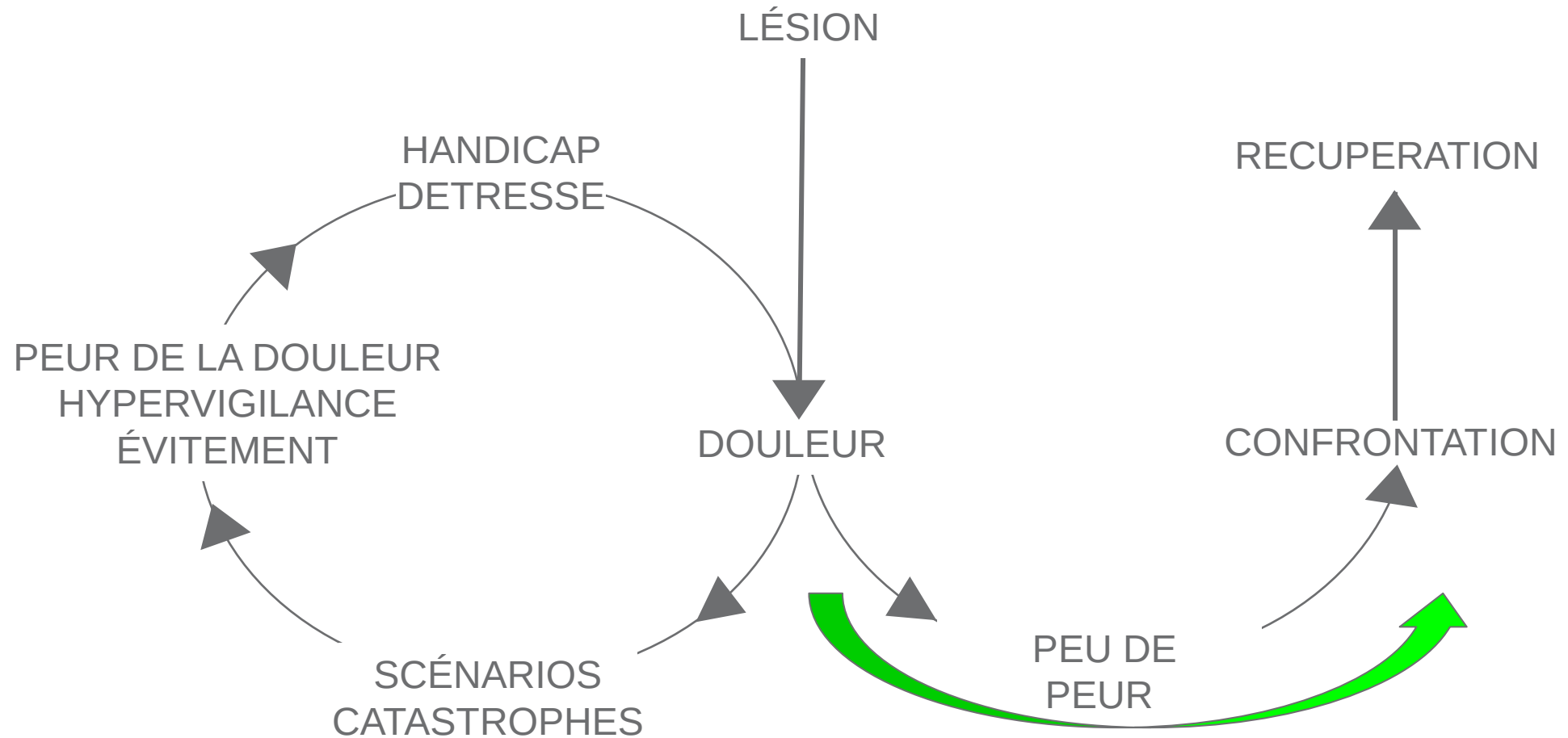
Scénarios et croyances

- Scénarios et croyances cheminent ensemble et influencent le comportement et les réactions émotionnelles
- Ils sont associés à une mauvaise gestion et perception de la douleur, une faible auto-efficacité, détresse psychologique...
- **Stratégies communes, car...elles donnent du sens, créent des liens causals (fonctionnement de notre cerveau)...** peuvent être utiles, mais à COURT terme (ne concernent pas seulement les patients)
- Intérêt en médecine à partir des années 80s

Importance des mots utilisés, des messages

- Termes utilisés (ceux qui font références à usure, surcharge, atteinte mécanique) sont associés à un moins bon pronostic perçu par les patients → **renforcent une attitude passive («Victims Of Modern Imaging Technology»)**
 - Arthrose: ↑ perception de la gravité → ↓ 50% adhésion aux exercices
 - Termes neutres diminuent la réponse émotionnelle et améliorent la compréhension
 - Concerne le langage médical en général
- ***Le patient: «si je bouge trop ou trop vite mon épaule, je risque d'aggraver les choses..., il faut que je me protège»... ou encore «seule solution...la chirurgie, c'est grave ce qui m'arrive...»***

Revenons à notre patient, prise en charge



Approche interdisciplinaire, explications, ré-assurance, confrontation progressive

Évolution en 5 semaines

	Entrée	Sortie
Mobilité active (élévation)	30°	Complète (>150°)
Utilisation de la main	20%	100%
Port de charge	0 kg	20 kg
Peurs/scénarios	↑	↓
Gravité perçue	↑	↓
Impression changement/amélioration	= / ↓	Grande

Peur, évitement et port de charge

J Occup Rehabil (2018) 28:513–522
DOI 10.1007/s10926-017-9737-7



Predictive Value of the Fear-Avoidance Model on Functional Capacity Evaluation

Johanne Tüscher¹ · Cyrille Burrus² · Philippe Vuistiner³ · Bertrand Léger³ ·
Gilles Rivier² · François Luthi^{2,3,4}

- Associés à moins bonnes performances

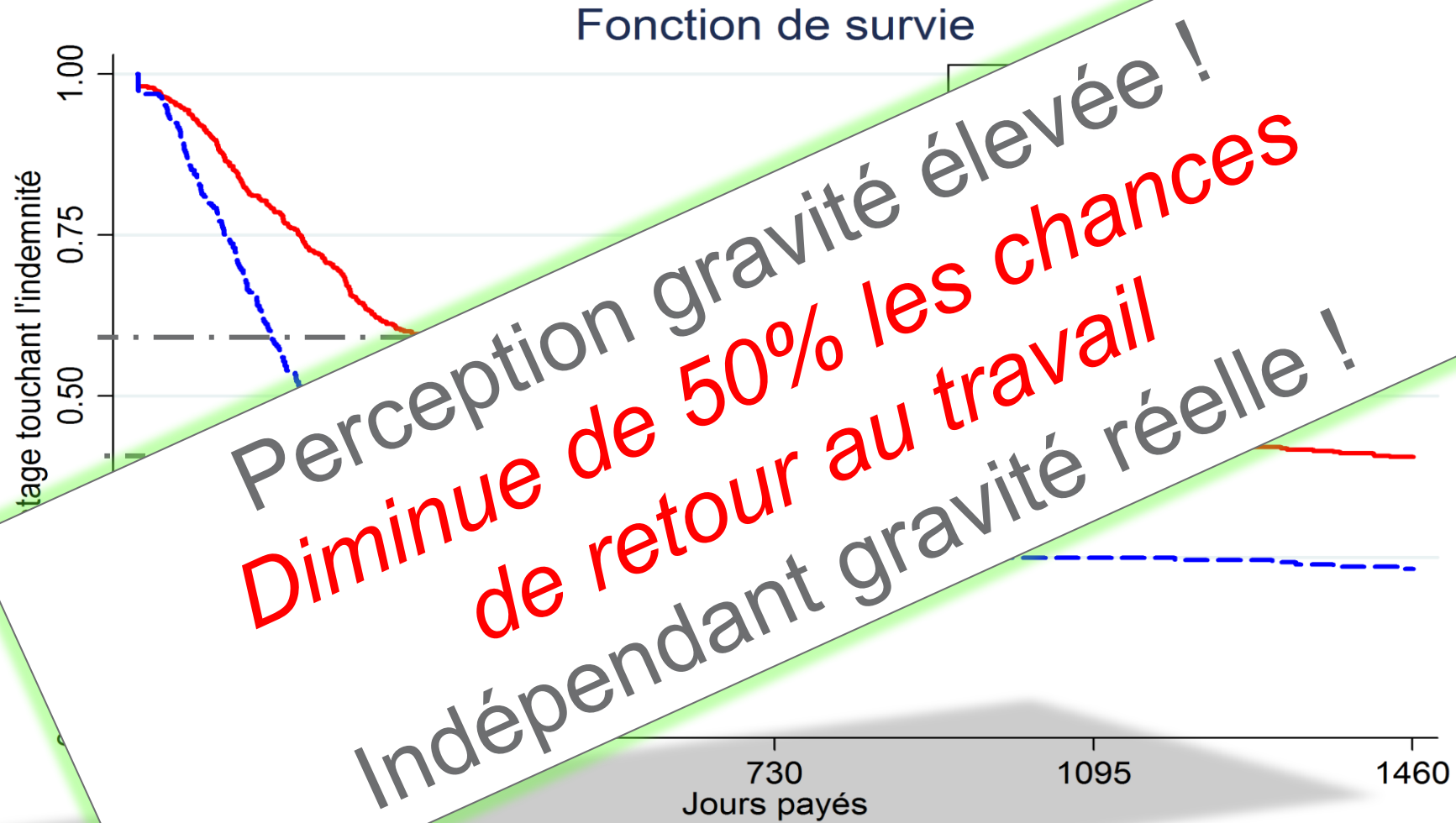


➤ *Sol-Taille (5x): 17 kg en moins*

➤ *Taille-tête (5x): 13 kg en moins*

(toutes choses étant égales par ailleurs)

Sentiment de gravité



Alors, grave ou pas grave ?

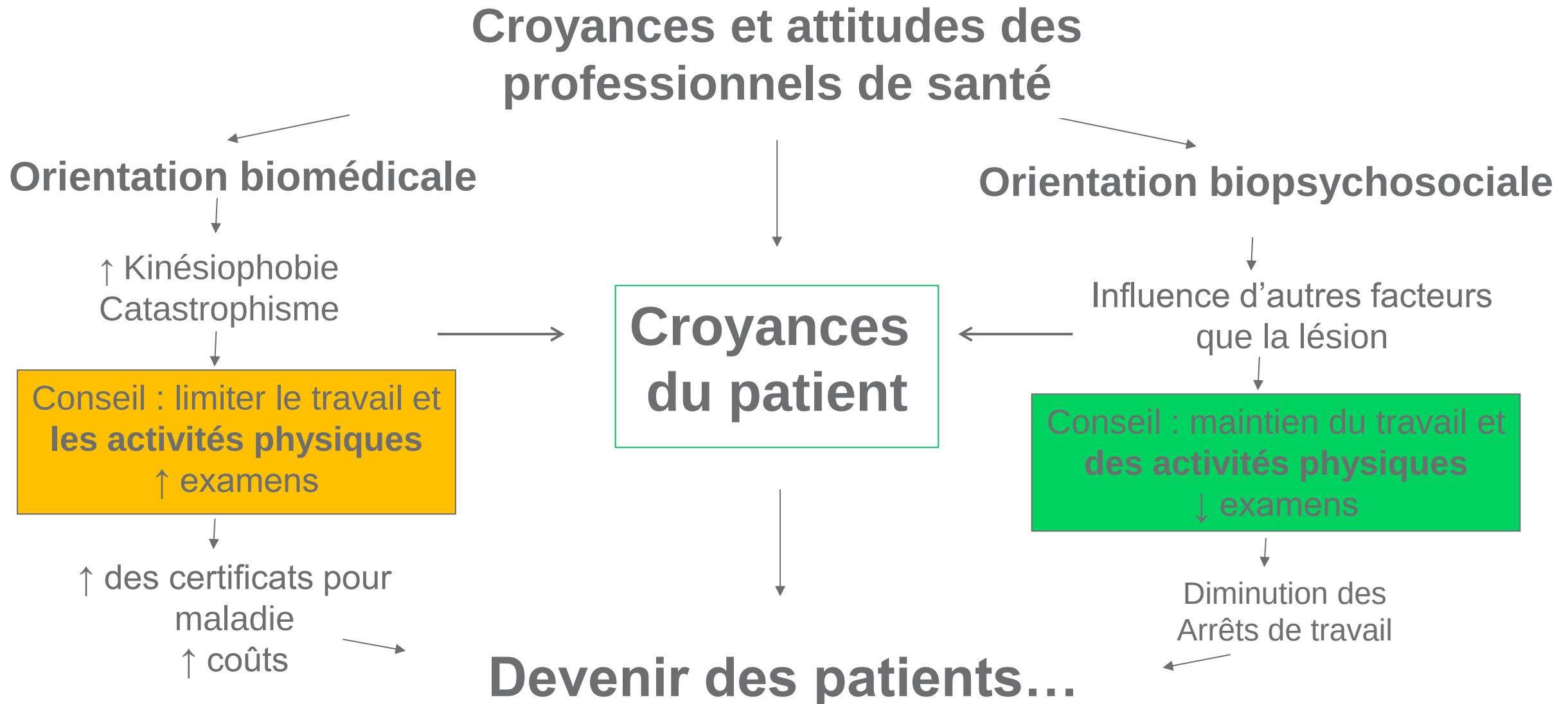


Contexte: Influence des croyances et des attitudes



Croyances du **patient** ont une influence, mais aussi:
Croyances du **thérapeute** renforcent celles du patient
Évitement chez thérapeute: ↑ évitement/passivité chez **patient**

Croyances/attitudes des soignants, devenir des patients



Tous concernés ?

Hindawi
Pain Research and Management
Volume 2018, Article ID 4128913, 11 pages
<https://doi.org/10.1155/2018/4128913>



Research Article

Working Together and Being Physically Active Are Not Enough to Advise Uniformly and Adequately Low Back Pain Patients: A Cross-Sectional Study

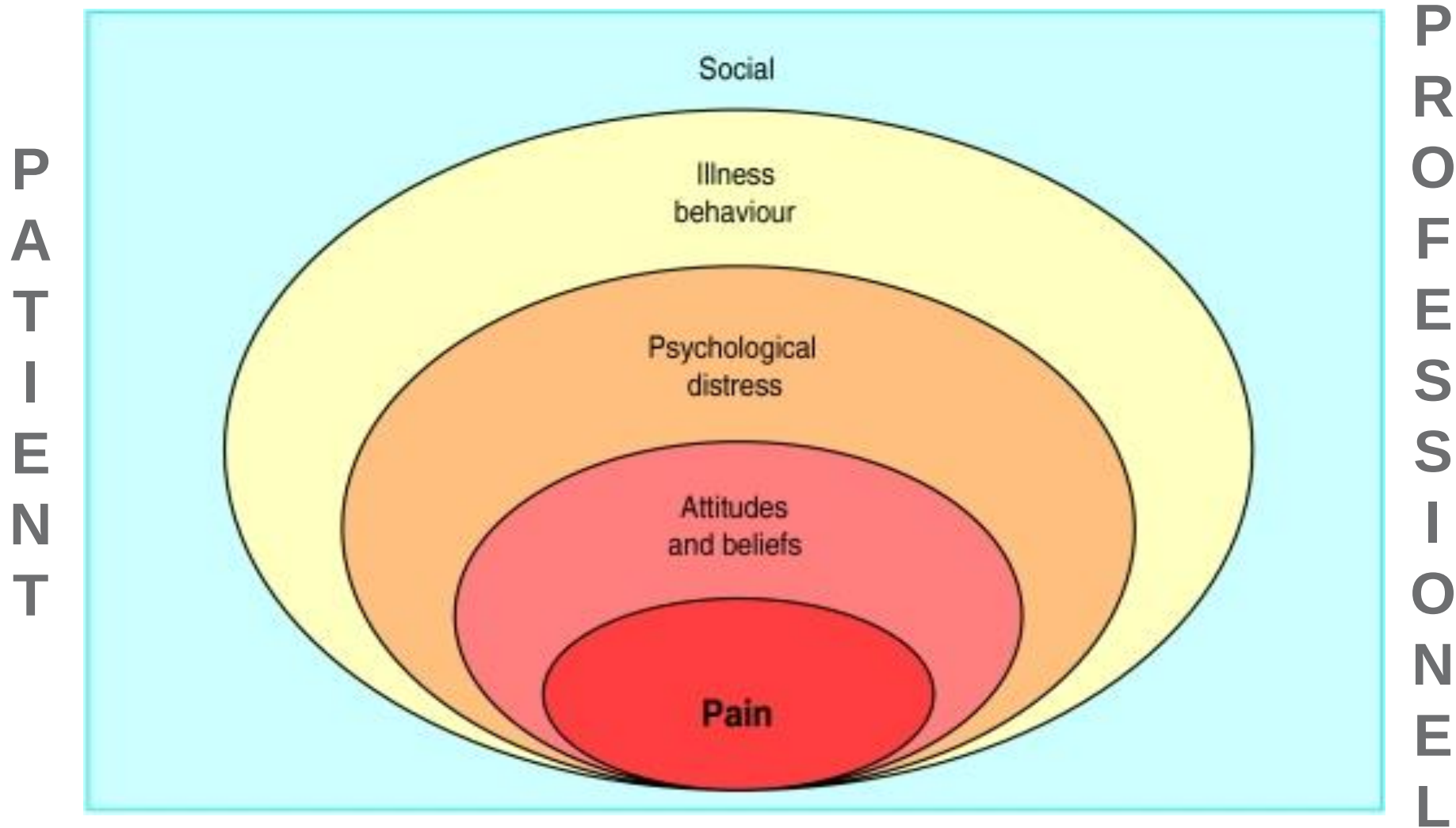
**C. Praz ¹, J. Ducki,^{1,2} M. L. Connaissa ^{1,2}, P. Terrier,¹ P. Vuistiner ¹, B. Léger ¹
and F. Luthi^{1,3,4}**

Working together is not enough !

- Équipe interdisciplinaire (20 médecins, 22 physio, 23 infirmières)
- 4 vignettes cliniques de patients avec lombalgie
- Jugez de la sévérité des symptômes, sévérité de la pathologie, donner des recommandations pour l'activité physique et donner des recommandations pour le travail

Sévérité symptômes	NU > PT, PY
Sévérité pathologie	NU, PT > PY
Recommandations activité physique	NU < PT, PY
Recommandations travail	NU, PT < PY

Réflexion «conclusive»



Main CJ, BMJ 2002

Merci pour votre attention



Nantes: éloge de la transgression